請使用此表格向我們的計畫申請承保裁定。您也可以致電1-800-275-4737 (TTY 711) 或透過我們的網站wellcare.healthnetcalifornia.com與保戶服務部聯絡以申請承保裁定。從10月1日起至隔年的3月31日止，您可在每週7天的上午8點至晚上8點致電與我們聯絡。從4月1日起至9月30日止，您可在週一至週五的上午8點至晚上8點致電與我們聯絡。非營業時間、週末和聯邦假日會使用電話留言系統。您本人、您的醫師或處方醫師或您的授權代表人員均可提出此申請。

計畫投保人

姓名	出生日期
街道地址	城市
州	郵遞區號
電話	保戶ID號碼

如果提出此申請的人不是計畫投保人或處方醫師：

申請人姓名
與計畫投保人的關係
街道地址（包括城市、州和郵遞區號）
電話
☐ 請提交此表格並附上證明有權代表投保人的文件（填妥的授權代表委任表CMS-1696或同等文件）。有關指定代表的更多資訊，請聯絡您的計畫或致電1-800-MEDICARE。(1-800-633-4227)。TTY使用者可致電1-877-486-2048。

本申請所涉及的藥物名稱（包括劑量和數量資訊，如有）

申請類型

☐ 我的藥物計畫向我收取的某項藥物共付額高於應支付的金額

☐ 我希望報銷我已經自費支付的承保藥物費用。

☐ 我要針對處方藥申請預先授權（此申請可能需要支援資訊）

針對下面列出的申請類型，您的處方醫師必須提供支持該申請的聲明。您的處方醫師可以填寫本表格的第3頁和第4頁「例外處理申請或預先授權的支援資訊」。

☐ 我需要一種不在計畫承保藥物清單上的藥物（處方集以外藥物）

☐ 我一直在使用之前在計畫承保藥物清單中的藥物，但該藥物已經或將在計畫年度內被移除（處方集以外藥物）

☐ 我正在申請對必須在獲得處方藥物之前嘗試其他藥物的要求進行例外處理（處方集以外藥物）

☐ 我正在針對計畫的藥片數量限制（藥量限制）申請例外處理，以便我可以獲得醫師為我開立的藥片數量（處方集以外藥物）

☐ 我正在申請在獲得處方藥物之前必須滿足的計畫預先授權規則例外處理（處方集以外藥物）

☐ 我的藥物計畫對處方藥物收取的共付額高於對另一種治療我病況的藥物收取的共付額，我想要支付較低的共付額（層級例外）

☐ 我一直在使用之前處於較低共付額層級的藥物，但該藥物已經或將要移至較高共付額層級（層級例外）

我們應該考慮的其他資訊 （與此表格一起提交任何支援文件）：

_____

_____

_____

_____

您是否需要加急決定？

如果您或您的處方醫師認為等待72小時作出標準決定可能會嚴重損害您的生命、健康或恢復身體最佳機能的能力，您可申請加急（快速）決定。 如果您的處方醫師表示等待72小時可能會嚴重損害您的健康，我們將會自動在24小時內為您提供決定。 如果您沒有獲得處方醫師對加急申請的支持，我們將會決定您的個案是否需要快速決定。（如果您要求我們償付您已獲得的藥物，則您不能申請加急決定。）

☐ **是，我需要在24小時內做出決定。**如果您有您處方醫師的支持聲明，請將其隨附在本申請中。

簽名：	**日期：**

如何提交此表格

請透過郵件或傳真提交本表格和任何支援資訊：

地址：
Medicare Pharmacy
Prior Authorization Department
P.O.Box 31397
Tampa, FL 33631-3397

傳真號碼：
1-866-226-1093

例外處理申請或預先授權的佐證資訊
由處方醫師填寫

☐ **加急審核申請：勾選此方框並在下面簽名即表示，我證明採用72小時標準審查期限可能會嚴重危及投保人的生命或健康或投保人恢復身體最佳機能的能力。**

處方醫師資訊

姓名
街道地址（包括城市、州和郵遞區號）
診所電話
傳真
簽名　　日期

診斷和醫療資訊

藥物：	單位含量和給藥途徑：
頻率：	開始日期： ☐ **新開始使用**
預期治療時間：	每30天的數量：
身高／體重：	藥物過敏：

診斷 – 請列出正在使用所申請之藥物治療的所有診斷以及相應的ICD-10代碼 （若所申請藥物治療的病況是某個症狀，例如厭食症、體重減輕、呼吸短促、胸痛、噁心等，若已知，請提供導致該症狀的診斷）	**ICD-10代碼**
其他相關診斷：	**ICD-10代碼**

用藥史：（用於治療需要所申請之藥物的病況）

嘗試的藥物 （若供藥量限制是問題，請列出已嘗試的單位劑量／每日總劑量）	**藥物試用日期**	**既往藥物試用結果** **失敗與不耐受（請說明）**

針對需要申請藥物治療的病況，投保人目前採用什麼藥物方案？

藥物安全
所申請的藥物是否有任何**食品和藥物管理局 (FDA) 註明的禁忌症**？ ☐ 是 ☐ 否
將所申請的藥物新增到投保人目前的藥物療程時，是否有任何**藥物交互作用**方面的疑慮？ ☐ 是 ☐ 否
如果上述任一問題的回答為是，請 1) 解釋問題；2) 討論儘管存在上述疑慮，仍需考量的益處與潛在風險，以及 3) 監督計畫以確保安全。

老年人用藥高風險管理	
如果投保人超過65歲，您認為該老年患者使用申請的藥物治療的益處是否超過潛在風險？	☐ 是 ☐ 否

鴉片類藥物 –（如果申請的藥物是鴉片類藥物，請回答這4個問題）	
什麼是每日累積嗎啡等效劑量 **(MED)**？	毫克／天
您是否知道該投保人有其他鴉片類藥物處方醫師？ 若有， 請說明。	☐ 是 ☐ 否
所列的MED劑量是否具有醫療必要性？	☐ 是 ☐ 否
較低的MED每日總劑量是否不足以控制投保人的疼痛？	☐ 是 ☐ 否

申請理由

☐ **之前嘗試過替代藥物，但出現不良結果，例如毒性、過敏或治療失敗。**如果沒有在用藥史部分中註明，請在下面說明：(1) 嘗試過的藥物和藥物試用的結果 (2) 若有不良結果，請列出藥物和每種藥物的不良結果；(3) 如果治療失敗，請列出試用藥物的最大劑量和治療時間。

☐ **替代藥物禁忌、可能效果不佳或容易引起不良結果。** 需要具體說明為什麼替代藥物效果不佳或預期導致重大不良臨床結果，以及預期發生此結果的原因。如有禁忌症，請列出首選藥物／其他處方集藥物禁忌的具體原因。

☐ **如果患者必須滿足預先授權要求，將受到不利影響。**需要具體說明任何預期的重大不良臨床結果，以及預期發生此結果的原因。

☐ **患者目前服用藥物情況穩定；若更換藥物，發生重大不良臨床結果的風險很高。**需要具體說明預期的重大不良臨床結果以及預期發生此結果的原因，例如病況難以控制（嘗試了許多藥物，需要多種藥物來控制病況）、當病患先前的病況未受控制時（例如住院或頻繁急性醫療就診、心臟病發作、中風、跌倒、機能狀態顯著受限、過度疼痛及痛苦）等，發生了重大不良結果。

☐ **對不同劑型和／或更高劑量的醫療需求。**請在下方具體說明：(1) 已嘗試的劑型和／或劑量以及藥物試用結果；(2) 說明醫療原因 (3) 說明為什麼不能選擇較高劑量但服用頻率較低的方案 – 如果有較高劑量。

☐ **處方集層級例外處理申請。**如果沒有在用藥史部分中註明，請在下面說明：(1) 嘗試過的處方集藥物或首選藥物以及藥物試用結果 (2) 如為不良結果，請列出藥物和每種藥物的不良結果；(3) 如果治療失敗／不如申請的藥物來得有效，請列出試用藥物的最大劑量和治療時間；(4) 如為禁忌症，請列出首選藥物／其他處方集藥物禁忌的具體原因。

☐ **其他**（請於下方說明）

_____

_____

_____

_____

_____